Nr 5. Kraków, 10. lutego 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek. krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 10 lutego 1919 Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Bronisław Kader).

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy kręgosłupa.

Podał
Dr Kornel Michejda,
asystent kliniki.

Metody leczenia gruźlicy kości i stawów opierają się na kilku zasadach. Są niemi: usunięcie operacyjne ogniska gruźliczego w kości, albo też odciążenie i unieruchomienie chorej części ustroju, albo wreszcie kombinacya tych trzech czynników. O ile chodzi o gruźlicę kręgosłupa, w szczególności gruźlicę trzonu kręgowego — a tę formę w niniejszej pracy mam na myśli — to pierwsza metoda, t. j. operacyjne usunięcie ogniska gruźliczego, była wprawdzie stosowana (Müller, Kraske, Jasiński i in.), z natury rzeczy nie znalazła jednakże szerszego zastosowania.

Leczenie zaś zachowawcze, polegające na unieruchomieniu i odciążeniu kręgosłupa zapomocą wyciągów i łóżeczek gipsowych, ma tyle niedogodności, jest tak uciążliwe dla chorego, wreszcie wymaga tak sumiennej opieki ze strony personalu pielęgniarskiego, że przeprowadzenie go w domu jest prawie niemożliwe. A że leczenie to rozciąga się na długie miesiące, a nieraz na szereg lat, więc i szpitale niechętnie przyjmują tych chorych do leczenia.

Widoczną jest zatem potrzeba metody, którąby dawała możność stosowania unieruchomienia i odciążenia chorego trzonu kręgowego, skracając równocześnie czas trwania leczenia.

Krokiem naprzód w tym kierunku były zabiegi, polegające na operacyjnem unieruchomieniu wyrostków kolczystych za pomocą związania ich drutem lub jedwabiem (Chipault). Celem bezpośrednim tej metody było niedopuszczenie do wytworzenia się garbu, co jednak nie zawsze się udawało dlatego, że pod wpływem siły, która oddalała wyrostki kolczyste od siebie, drut przecinał je i w żaden sposób nie mógł zabezpieczyć przed zapadnięciem się kręgosłupa i wytworzeniem się garbu.

Dopiero wtedy, gdy do tegosamego celu użyto materyału żywego, jakim jest kość, autoplastycznie przeszczepiona pomiędzy wyrostki kolczyste, uzyskano znacznie korzystniejsze warunki dla zabezpieczenia przed powstawaniem garbu. Zasługa wprowadzenia tej modyfikacyi, która w zupełności wyparła metodę Chipaulta, należy się amerykańskiemu chirurgowi Albéemu i od niego też odmiana ta nosi nazwisko.

Technika operacyi Albéego jest następująca. Cięcie skórne płatowe ponad schorzałą częścią kręgosłupa tak długie, by z cięcia tego można odsłonić 3—5 wyrostków kolczystych, mianowicie wyrostek zmienionego chorobowo kręgu (w pośrodku cięcia) i po 1—2 wyrostki powyżej i 1—2 poniżej chorego kręgu. Z cięcia tego, idącego aż do powięzi, odsłania się następnie wspomnianą część kręgosłupa. Towarzyszy temu zwykle nieznaczne krwawienie, w zwykły sposób łatwo dające się zatamować. Teraz przystępuje się do rozszczepienia wyrostków kolczystych w ten sposób, aby je przedzielić na prawą i lewą symetryczną połowę. Zapomocą dłutka i młotka u dorosłych, a silnego noża u dzieci można, przeciąwszy w ten sam sposób więzadła międzykolcowe, uzyskać rynnę dość przestroną i głęboką, aby do niej można włożyć przeszczepianą kość. Przytem musi się jedną połowę rozszczepionego wyrostka kolczystego nadłamać. Ta część zabiegu wymaga wielkiej uwagi i delikatności, aby nadłamanie przepołowionej części wyrostka wypadło zawsze po jednej tylko stronie. Większego krwotoku nigdy przytem niema. Gdy rynna jest gotowa, zakłada się do rany chustę, płat skórny odwraca się do położenia prawidłowego i tymczasowo (najlepiej kulociągami) przymocowuje się go do sąsiedniej części skóry, poczem przystępuje się do uzyskania materyału kostnego do przeszczepienia. Z grzebienia kości piszczelowej oddłutowuje się odpowiedniej długości listwę kostną, przyczem baczyć należy, by wziąść ją razem z okostną. Grubość tej listwy musi być taka, by wejść mogła wygodnie do przygotowanej poprzednio rynny, listwa nie może być zatem za gruba. I ta część zabiegu wymaga wielkiej ostrożności, aby listwy nie złamać i przedewszystkiem nie pozbawić jej okostnej, co stać się może łatwo przez to, że dłutko ześliznie się, lub że asystent, zbyt silnie wycierający krew z pola operacyjnego, zedrze przytem chustką okostną.

Następuje trzeci akt zabiegu, polegający na dopasowaniu uzyskanej listwy do poprzednio przygotowanej rynny i na umocowaniu jej w tem miejscu za pomocą kilku pojedynczych szwów z cienkiego katgutu, łączących powięź jednej i drugiej strony ponad listwą. Przy wkładaniu listwy zwrócić należy uwagę na to, by powierzchnia jej, przykryta okostną, dotykała okrwawionej powierzchni wyrostków kolczystych. Albée radzi, by okostną jeszcze nacinać, a to z tego powodu, by komórki osteoblastyczne, w przeważnej części zawarte w tej warstwie okostnej, która bezpośrednio przylega do kości, mogły swobodnie bujać. Szew skórny na grzbiecie i na kończynie, z której brano kość, zakończa zabieg, który przy pewnej wprawie nie zajmuje ponad 30 minut czasu.

W nielicznych tylko przypadkach odstępowaliśmy nieco w klinice od tego typu, który podaje Albée. I tak zamiast listwy z kości piszczelowej używaliśmy, zwłaszcza przy garbach nieco silniej zaznaczonych, listew z grzebienia kości biodrowej, co jest o tyle wygodniejsze, że chorego w czasie operacyi nie trzeba przewracać z pozycyi bocznej na grzbiet.

U dzieci wykonywaliśmy zabieg ten stale w uśpieniu ogólnem (chloroform, eter), u dorosłych (od mniej więcej 16 r. życia, zależnie zresztą od budowy ciała) przeważnie, choć nie wyłącznie, w znieczuleniu rdzeniowem (tropakokaina 2%) wedle typu w klinice od wielu lat stosowanego, przyczem środek znieczulający wprowadzaliśmy powyżej lub poniżej chorego miejsca, zależnie od tego, które kręgi były zajęte, czy nizkie, czy wysokie. Nie mieliśmy i na tem polu powodu do zmiany poglądów na ten sposób znieczulenia.

Ogółem operowano w klinice krakowskiej w sposób wyżej podany 28 chorych. Ze względu na to, że chodziło nam o wyrobienie sobie własnego sądu o wartości zabiegu Albéego i ze względu na to, że poza pracami Albéego można w piśmiennictwie znaleść zaledwie bardzo nieliczne wzmianki o tej operacyi, operowaliśmy każdy przypadek gruźlicy trzonu kręgowego, bez względu na wiek, na stan miejscowy i ogólny chorego. Mogliśmy to czynić tem śmielej, że zabieg sam przez się nie może być dla chorego niebezpieczny.

Wiek chorych wahał się od lat 2 do 44. Z tego w wieku od 2—14 lat było chorych 16, reszta, t. j. 12 chorych miało nad 14 lat. Mężczyzn wzgl. chłopców było 18, dziewcząt i kobiet 10.

Pierwszy raz zabieg wykonany został dnia 4. czerwca 1917, zatem najdłuższa obserwacya nasza jest przeszło półtoraroczna.

Wogóle w roku 1917 operowaliśmy 11 chorych, resztę, t. j. 17, w roku 1918.

Nim przejdę do omówienia wyników leczniczych muszę wspomnieć, czego właściwie od omawianego zabiegu możemy się spodziewać. Jak wyżej wspomniano, chodzi nam o odciążenie chorego trzonu i unieruchomienie tego odcinka kręgosłupa, w obrębie którego chory trzon się znajduje.

Z licznych badań różnych autorów (Ollier, Barth, Axhausen, Mayer i w. in.) wiadomo, że kość wszczepiona w podłoże kostne, wgaja się zupełnie dobrze. Ramy niniejszego doniesienia nie pozwalają na szczegółowe omówienie tego bardzo skomplikowanego procesu histologicznego, jaki towarzyszy wgajaniu się wszczepionej kości w nowe podłoże. Na podniesienie zasługuje tylko wybitny przy tem czynny udział wszczepionej okostnej. Odnosi się to szczególnie do tych komórek okostnej, które położone są w najgłębszych jej warstwach, przylegających do kości (Albée, Mayer). Jest to szczegół ważny ze względu na wspomnianą już wyżej konieczność zachowania pewnej ostrożności przy preparowaniu kości wszczepionej.

W naszych przypadkach wgojenie przeszczepionej kości odbywało się zupełnie dobrze. Z 28 przypadków tylko w jednym (Helena W. lat 6, przyjęta 6. I. 1918 l. prot. oper. 14) wgojenie nie nastąpiło, a to z powodu rozległego ropienia przyrannego, wskutek którego musiano w 6 tygodni po operacyi usunąć cały obumarły przeszczepiony kawał kości. Wyniku w tym przypadku nie było, co nie przemawia jednak przeciw operacyi Albéego, tak jak zropienie rany po operacyi przepukliny nie obala racyonalności zabiegu Bassiniego. Nie znaczy to jednak, aby we wszystkich innych przypadkach rany goiły się czysto »per primam«. W jednym przypadku (Wojciech N. l. 2, spondyl. dors. IX, X, XI v., przyjęty 12. XII. 1917, l. prot. op. 355), z dnia 19. XII. 1917) nastąpiło lekkie powierzchowne ropienie w linii szwów, przyczem ropienie nie przeszło w zupełności na przeszczepioną kość. Natomiast w 4 innych przypadkach (1) Agnieszka K., l. 3, spondyl. II v. dors. przyjęta 27. III. 1917, l. prot. op, 158 z dn. 13. VI. 1917; 2) Franciszek L., l. 5, spond. XI. v. d., przyjęty 21. IX. 1917, l. prot. op. 257, z d. 1. X. 1917; 3) Maryan Sz. l. 5, spondyl. IX v. dors., l. prot. op. 262 z d. 2. X. 1917 i 4) Franciszek D., l. 28, spondyl. v. d. VIII et IX, przyjęty 16. VIII 1918, l. prot. op. 355) wytworzyły się przetoki, w głębi których w pewnym okresie zapomocą zgłębnika można było wyczuwać kość w tem miejscu, które odpowiadało przeszczepionej listwie. Niebezpieczne w tym względzie są szczególnie te przypadki, w których istnieje duży garb. Tak było u wszystkich czterech chorych. Niebezpieczeństwo to pochodzi stąd, że na szczycie garbu łatwo powstaje odleżyna i następowe ropienie, tem więcej, że garb pokryty jest płatem skórnym, który, choć na szerokiej szypule, przecież pozbawiony jest szeregu naczyń doprowadzających krew, a tem samem odżywienie i żywotność jego nie może się równać z żywotnością i odżywieniem skóry prawidłowej. Powiększa się ono jeszcze przy stosowaniu po operacyi łóżeczek gipsowych nawet z dużemi oknami w miejscu garbu. Z owych czterech chorych u trzech pierwszych stosowaliśmy łóżeczko gipsowe, jak to zresztą stale robiliśmy w pierwszych naszych przypadkach. Z okresu późniejszego (bez łóżeczek gipsowych) mamy w tej grupie tylko jednego chorego do zapisania (pod l. 4). Pomimo tych na pozór niekorzystnych warunków wgojenie listwy we wszystkich czterech przypadkach nastąpiło dostatecznie. Wydzieliły się tylko bardzo nieznaczne martwaki, wielkości 1—2 cm, grubości milimetrowej, a więc mogące zarówno co do długości, jak i grubości stanowić zaledwie małą część przeszczepionej kości. We wszystkich innych (22) przypadkach wgojenie listwy nastąpiło bez żadnych powikłań. Uwzględniając powyższe dane, dochodzi się do wniosku, że warunki, jakie stwarza operacya Albéego, są dla wgajania się przeszczepianej kości nader dogodne. Nic dziwnego! Wszak anatomiczne stosunki, w jakich odbywa się ta operacya, są jakby wymarzone dla wgajania się przeszczepionej kości. Kość przeszczepiona styka się bowiem w trzech lub pięciu miejscach — i to z dwu stron — z okrwawioną powierzchnią rozszczepionych wyrostków kolczystych. Nadmienić w końcu należy, że z pomiędzy 6 przypadków z ropieniem w jednym (D. pod l. 4) użyto listwy z grzebienia kości biodrowej, w innych 5 użyto do przeszczepienia grzebienia kości piszczelowej, co odpowiada stosunkowi, w jakim brano obie te kości.

Gdy się wgajanie ukończy, wyczuwa się wyrostki kolczyste, jakby były zlutowane, a dotycząca część kręgosłupa jest prawie zupełnie unieruchomiona. Rzecz naturalna, że wobec tego tworzenie się garbu będzie utrudnione, mimo ewentualnego postępowania procesu gruźliczego w trzonie kręgowym. Jeśliby nawet przypuścić, że sprawa gruźlicza w trzonie w rzeczywistości postępuje, to wobec niepostępowania garbu musi nastąpić odciążenie chorej części kręgosłupa. Skądinąd wiemy, jak dodatni wpływ na sprawy gruźlicze w kości wywierają te dwa czynniki: unieruchomienie i odciążenie chorej części ciała. Wszak na nich opiera się ogromna część leczenia t. zw. gruźlicy chirurgicznej!

Wyłania się tu nader ważna sprawa wytrzymałości przeszczepionej kości, względnie tej nowowytworzonej kości, która zajmuje miejsce kości przeszczepionej. Można sobie bowiem wyobrazić, że wskutek nietworzenia się garbu z jednej, a niszczenia przez sprawę gruźliczą trzonu kręgowego z drugiej strony, może nastąpić chwila, w której po całkowitem zniszczeniu trzonu cały ciężar części ciała, położonej ponad zniszczonym kręgiem, spocznie na wyrostkach kolczystych, zlutowanych nowowytworzoną tkanką kostną. Jeśli ta nowa kość jest za słaba, to musi nastąpić złamanie jej ze wszystkiemi znanemi następstwami.

W naszych przypadkach nastąpiło to raz jeden. Izak S. l. 6, przyjęty 5. XI. 1917, l. prot. op. 304 z d. 10. XI. Duży garb, spondyl. v. XII. dors. Ropnia opadowego niema. Silne bóle w kończynach, które utrudniają w znacznej mierze chodzenie. Operacya 10. XI. 1917 (Dr Michejda). Unieruchomiono 4 kręgi, przyczem listwę musiano złamać, aby ją dostosować do garbu. Przebieg gładki. Po operacyi łóżeczko gipsowe, które usunięto 24. XI. z powodu niebezpieczeństwa odleżyny na szczycie garbu. 10 XII. opuścił klinikę w następującym stanie: rana zagojona doraźnie, kostninę wyczuwa się mocno, garb niezmieniony, bóle w kończynach trwają dalej. 10. VI. 1918 chory stawił się w klinice powtórnie. Wyczuwało się wówczas wyraźnie ropień w pachwinie lewej, garb znacznie się powiększył, zajął mianowicie części niższe, zlewając się ze starym garbem w jedną całość. Chorego, który zjawił się wieczorem, zamówiono na dzień następny do zdjęcia Röntgenowskiego i wykonania nakłucia ropnia; jednakże chory więcej do kliniki nie przyszedł.

W analizie tego przypadku nie można pominąć jednego szczegółu, mianowicie, że chory dotknięty był silnym garbem i że przy operacyi nie usunięto garbu, ale listwę przeszczepianą dostosowano przez nadłamanie do istniejących warunków. Do tej sprawy jeszcze musimy wrócić przy omawianiu garbu z uwagi na wskazania do operacyi Albéego. W tem miejscu stwierdzić tylko należy, że o ile chodzi o wytrzymałość zlutowanych wyrostków kolczystych, to będzie ona nieporównanie mniejsza, gdy linia łącząca te wyrostki będzie zgięta przez garb, niż gdyby linia ta była pionową lub tylko nieznacznie od pionu odbiegała. W przypadkach takich nigdy dotychczas nie zauważaliśmy podobnego powikłania mimo dość już długiego czasu, który odbiegł od wykonania zabiegu operacyjnego.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

2) Cytolizyny (bakteryolizyny, hemolizyny etc.) są to niweczniki (Antikörper), które zdolne są w pewnych warunkach rozpuszczać elementy komórkowe i wytwarzają się w ustroju jako odczyn na wstrzyknięte elementa komórkowe. Zależnie od użytych tworów komórkowych (antygeny) powstają pneumolizyny, nefrolizyny, hepatolizyny i t. d. Pierwsza znana cytolizyna, to bakteryolizyna cholery azyatyckiej, odkryta przez Pfeiffera w r. 1892, gdy surowicę krwi zwierząt, uodpornionych przeciw cholerze azyatyckiej badał na istoty ochronne Behringa. Ponieważ prątki choleryczne na płynnych pożywkach nie wytwarzają dostatecznie silnych toksyn, uodparniał Pfeiffer swoje zwierzęta hodowlami bakteryi ze stałych pożywek i wykazał, że powstały naówczas w surowicy tychże zwierząt uodparnianych niweczniki, które mogły ochronić inne zwierzęta od zakażenia prątkami cholerycznymi, a które nie posiadają własności wiążących, właściwych antytoksynom, lecz działają w ten sposób, że

po wstrzyknięciu odnośnej surowicy leczniczej (pochodzącej od zwierzęcia uodpornionego) następuje u zwierzęcia (które chcemy ochronić) rozpuszczenie i zniszczenie prątków równocześnie lub następowo mu zaszczepionych. Następnie różnią się bakteryolizyny (które się zowią surowicami przeciwbakteryjnemi) od antytoksyn i tem, że nie działają według prawidła wielokrotności; skoro zatem 1 cm sz. surowicy chroni przeciw śmiertelnej dawce żywych lub obumarłych, ale jeszcze trująco działających bakteryi, to 10 cm sz. surowicy nie ochroni od 10 dawek śmiertelnych, lecz potrzeba do tego celu użyć od 1—10 cm sz. surowicy. Natomiast przeciw jeszcze większym ilościom bakteryi surowica zupełnie nie działa. Działanie surowicy bakteryolitycznej, a wogóle cytolitycznej zależy od dwóch czynników składowych (Pfeiffer), jak to i później wykazali Bordet, Ehrlich, Morgenroth, badając własności wszystkich cytolitycznych surowic na hemolizynach. Sprawa ta przedstawia się następująco: Jeśli do surowicy hemolitycznej w próbówce doda się homologicznych krwinek czerwonych (t. j. tych krwinek, przez które zostały wywołane), a więc n. p. do surowicy królika, któremu poprzednio wstrzykiwano krew jagnięcą, doda się krwinek jagnięcia, to krwinki te ulegają w niej rozpuszczeniu, a krew nieprzezroczysta (deckfarben) staje się przezroczystą (lackfarben). Jeśli się powtórzy to doświadczenie po poprzedniem ogrzaniu tej surowicy do 56° C., krwinki jagnięcia nie ulegają już w niej rozpuszczeniu. Skoro natomiast później do tej ogrzanej surowicy doda się najpierw czystej surowicy innego królika zdrowego (którego surowica nie rozpuszcza krwinek jagnięcia), a następnie doda się krwi jagnięcia, to naówczas krwinki jagnięcia znów w niej zostają rozpuszczone. Fakty te wykazują, że działanie hemolitycznej surowicy królika polega na dwóch czynnikach. Jeden z nich (thermostabil) nie przestaje działać pod wpływem ciepłoty 56° C. i stanowi ciało ochronne, wytworzone przez uodparnianie, zwane przez Ehrlicha dwuchwytnikiem (amboceptor). Drugi czynnik, t. zw. dopełniacz (komplement), ulega zniszczeniu przez ciepłotę 56° C. (thermolabil) i znajduje się w każdej normalnej surowicy (przed uodparnianiem). Oba muszą działać równocześnie; sam dopełniacz, jak i sam dwuchwytnik, nie zdoła rozpuścić krwinek czerwonych. Surowica hemolityczna przez ogrzanie staje się nieczynną i dopiero przez dodanie świeżego dopełniacza staje się napowrót czynną i wywołuje hemolizę. Nieczynną staje się też surowica hemolityczna po kilku tygodniach. Surowice nieczynne mogą jednak po wprowadzeniu ich do ustroju zwierzęcia stać się czynnemi wskutek obecności dopełniacza, znajdującego się we krwi każdego zwierzęcia, skoro się z nim połączą; natomiast w probówce nie mają działania rozpuszczającego krwinki czerwone, jeśli nie doda się dopełniacza.

Działanie lecznicze surowic bakteryolitycznych, których głównym przedstawicielem jest surowica tyfusowa i choleryczna, jest dotąd bardzo ograniczone, gdyż zachodzi obawa, że przy zastosowaniu ich u człowieka mogą się wytworzyć przez rozpuszczenie bakteryi jady szkodliwie działające.

3) Surowice bakteryotropiczne (opsoniny-bakteryotropiny). Jeśli się uodparnia zwierzęta przeciw paciorkowcom lub dwoinkom zapalenia płuc, to odpowiednio do prawidła Behringa można ich surowicą ochronić inne zwierzęta od zakażenia. Ciała wytworzone w surowicy uodpornionych zwierząt nie działają ani antytoksycznie ani bakteryolitycznie, co podniósł Denys (w r. 1895), a potem potwierdził Wright i Neufeld. Denys wykazał, iż pod wpływem tych surowic krwinki białe pochłaniają i trawią bakterye, gdy bez stosowania tej surowicy przy zakażeniu paciorkowcami i dwoinkami zapalenia płuc nie występuje pochłanianie tych bakteryi przez krwinki białe, t. j. brak fagocytozy. Jak wiadomo, przez fagocytozę rozumiemy w myśl Miecznikowa zdolność pochłaniania bakteryi przez różne komórki, zwłaszcza przez krwinki białe. Tą właściwością chciał Miecznikow wytłumaczyć wszystkie zjawiska uodparniania. Gdy jednak stwierdzono, że uodparnianie nie zawsze przebiega równolegle z fagocytozą, nie utrzymała się w zupełności teorya Miecznikowa. Dziś przyznają, że w niektórych przypadkach fagocytoza odgrywa nieposlednią rolę, i to w połączeniu z tak zwanemi surowicami bakteryotropicznemi. Wright, który te same ciała znajdował we krwi normalnej i uodpornionej, nazywa je opsoninami, Neufeld zaś zwie je bakteryotropinami i odróżnia od normalnych opsonin Wrighta. Opsoniny Wrighta są wrażliwe na ciepłotę (thermolabil), a bakteryotropiny krwi uodpornionej są odporne na ciepłotę (thermostabil). Według nowszych badań różnice między normalnemi a uodporniającemi opsoninami istnieją i rzecz wymaga dalszego badania. To pewne tylko, że są surowice lecznicze, które nie działają ani antytoksycznie, ani bakteryolitycznie, lecz bakteryotropicznie, t. j. ułatwiają fagocytozę. I surowice bakteryotropiczne nie stosują się do prawidła wielokrotności; odnośne niweczniki są prostej budowy i posiadają zresztą ogólne własności ciał uodparniających.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie zadań lekarzy przy poborach do wojska.

Otrzymujemy następujące uwagi:

Ogłoszono pobór do wojska najmłodszych roczników, a powołani stanąć mają przed komisyą wojskowo-lekarską.

Przed ustaleniem zadań takiej komisyi, powołanej do orzekania, należałoby poczynić pewne uwagi ze stanowiska lekarskiego, a to już teraz z góry, aby uwagi nie nosiły potem na sobie piętn krytyki, oraz dlatego, aby się nie działo to, co za rządów austryackich, że wojskowi lekarze w komisyach poborowych wprawdzie orzekali, ale rozstrzygający głos mieli przedstawiciele wojskowości. Zdarzało się, że lekarz uznał powołanego za niezdolnego do służby, a kierujący w komisyi, rangą wyższy wojskowy, orzekał odmiennie i na odwrót; lekarz się temu poddać musiał, bo mu nie przysługiwało prawo zrzeczenia się odpowiedzialności przez zapisanie swojego zastrzeżenia.

Podobne przypadki nie powinny się zdarzać w państwie polskiem. Rodzice, oddając swoje dzieci do szeregów, mają usprawiedliwione żądanie, aby tylko naukowo osądzono, że ich dzieci są rzeczywiście dosyć odporne do zniesienia trudów wojskowych. A i państwo musi dbać o to w interesie samegoż wojska, aby tylko zdrowi i odporni byli zaciągnięci w szeregi, balast bowiem mniej zdolnych obciąża tylko potem szpitale, a tem samem i skarb państwa bez żadnego pożytku. Naodwrót jest patryotycznym obowiązkiem lekarza dopomódz do wykrycia tych, którzy się chcą od służby uchylić, chociaż do niej są w istocie zdolni. Podkreślić zaś trzeba, że po raz pierwszy stajemy wobec poboru we własnym kraju dla własnego wojska i mamy ocenić zdrowie i zdolność własnych obywateli, że przeto wobec największego skarbu społeczeństwa: życia i zdrowia własnego obywatelstwa największa wskazana jest rozwaga i sumienność. Przy poborze więc takim powinni lekarze orzekać skrupulatnie o zdolności służbowej na podstawie jak najściślejszych badań, uwzględniających wszelkie przedmiotowe dane. Orzeczenie równa się tu bowiem rokowaniu (prognosis), czynności lekarskiej najtrudniejszej i najbardziej odpowiedzialnej.

Ścisłe orzeczenie nie jest zadaniem łatwem. Każdy z nas wie, ile czasu i dokładnej znajomości rzeczy wymaga, aby przy badaniu chorego ocenić jego konstytucyę, by z budowy zewnętrznej i ze zbadania narządów wewnętrznych choć w przybliżeniu ocenić granice ich sprawności.

Dotychczas obowiązujące austryackie przepisy wojskowe są z pewnością niedostateczne.

Może ktoś mieć szeroko zbudowaną klatkę piersiową, dobrze wypuklone okolice nadobojczykowe, a przytem mieć wązką aortę z następowym przerostem serca, lub na odwrót szeroką tętnicę główną (nie miażdżycową), a serce małe, dośrodkowo ustawione (cor pendulum); w jednym i drugim przypadku osobnik taki nie jest zdolny do ciężkich rodzajów służby. Tego nawet najbieglejszy klinicysta, wprawny w ocenianiu każdego szczegółu zewnętrznego, ocenić nie może bez pomocy ściślejszych metod badania (n. p. rentgenoskopii).

W dotychczasowych komisyach miał lekarz — nieraz z zawodu ginekolog lub otyatra — orzekać na pierwszy rzut oka; co najwyżej przyłożył słuchawkę i o ile nie znalazł wybitnego szmeru, uznawał serce za prawidłowe i t. p. Takich faktów z ostatnich poborów wojennych możnaby przytoczyć całe szeregi, co z jednej strony wywoływało żale pobranych na niesprawiedliwe postępowanie, a z drugiej strony obciążało tylko kadry chorymi.

Dziś niema już czasu, aby wydawać nowe, szczegółowe przepisy z rozległemi objaśnieniami, jak ze stosunku obwodu klatki piersiowej do wysokości ciała wnosić można o sprawności ustroju, do jakich chorób serca i płuc usposabia wązka lub długa klatka piersiowa, jakie zmiany w położeniu i czynności trzew brzusznych są wynikiem jednej lub drugiej formy klatki piersiowej i t. p.

Dziś możemy tylko żądać, aby lekarze przy poborach uwzględniali podmiotowe skargi powołanych i żalących się odsyłali do odpowiednich komisyi lekarskich, złożonych z 3 lub 4 wytrawnych klinicystów, którzy, przy zastosowaniu wszelkich metod badania, dopiero orzekać mają, o ile te podmiotowe skargi

są przedmiotowo usprawiedliwione. W ten sposób powołany nabierze przekonania o sprawiedliwem postępowaniu, rodzice zaś przeświadczenia, że ich syn, jako istotnie zdrowy, musi spełnić powinności państwowe, uchroni się wojsko od balastu chorych i niezdatnych, a z drugiej strony wykryje się łatwiej symulantów. Najenergiczniej zaś przeciw temu należy się zastrzedz, aby inny członek komisyi wojskowo-lekarskiej, nie-lekarz, »na własną odpowiedzialność« orzekał o zdrowiu i zdolności do służby powołanego.

Ze statystyk, jakie zebrać można przy poborze, uzyskać można wiele cennych danych, odnośnych do rasy i do sprawy jej poprawienia (eugenika). Dlatego do każdego arkusza poborowego powinien być dołączony ścisły opis pobranego. Projekt wskazówek dla takiej statystyki pozwalam sobie dołączyć, zdając sobie sprawę, że pytania trzeba może w pewnych kierunkach rozszerzyć lub zmienić. Proponuję mianowicie, aby statystyką objęto rubryki następujące: Wiek. Wysokość w cm. Waga ciała w klg. Obwód klatki piersiowej. Kształt klatki piers. Stosunek jej przekroju poprzecznego na wysokości IV. żebra (diameter transv.) do jej wysokości od górnego otworu (apertura thor. sup.) do nasady przepony (altitudo thoracis). Stosunek przekroju poprzecznego w wysokości górnego otworu do przekroju poprzecznego w wysokości IV. żebra. Objętość serca i szerokość aorty (na zasadzie rentgenoskopii) w liczbach bezwzględnych i względnych (na 100 cm wysokości). Rentgenologiczny obraz serca; czy więcej się wypukla tętnica główna, czy płucna. Czy ostrzejszy drugi ton nad aortą, czy nad t. płucną. Ilość tętna. Ciśnienie w tętnicy ramieniowej (Riva-Rocci). Obraz krwi. Wysokość stłumienia wątroby w linii sutkowej w cm. Położenie i tkliwość nerek. Włosy. Budowa kośćca. Uzębienie. Mięśnie. Części rodne. Inne uwagi.

Ze strony lekarzy wymagać to będzie więcej, niż dotychczas, pracy, ale świadomość sumiennego spełnienia obowiązku wynagrodzi te trudy i usunie brak zaufania do komisyi wojskowo-lekarskiej.

Podczas służby nie może nadal się utrzymywać dawny stosunek lekarza wojskowego do żołnierza; stosunek ten, jak to jeden z wiedeńskich uczonych podczas wojny określił, »zmienił się z roli obrońcy na rolę oskarżyciela«, który we wszystkich skargach, — nawet ciężko chorych —, upatrywał tylko symulacyę. Lekarz zawsze i wszędzie powinien pamiętać o szczytnem swem powołaniu, które nie zna granic kraju ani różnicy stanu.

Żądać przeto należy: 1) aby jedynie lekarz orzekał o zdolności do służby wojskowej powołanego, 2) aby lekarz pytał badanego, czy i jakie ma dolegliwości, skargi uwzględnił i odsyłał do komisyi lekarskiej, złożonej z trzech lub więcej doświadczonych klinicystów, dla ostatecznego zbadania i orzeczenia, 3) aby orzeczenie tej komisyi klinicystów nie mogło być zmienione ani przez komendanta szpitala, ani przez wyższe instancye czysto wojskowe, 4) aby już w komisyi asenterunkowej przeprowadzać pomiary według tu załączonych wskazówek, ze względów statystyczno-naukowych, 5) aby dawny stosunek lekarzy wojskowych do lekarzy cywilnych i do żołnierzy uległ zmianie w duchu nowoczesnym. J.....i.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. lutego 1918 o godzinie 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Porządek dzienny: Prof. Dr Lewkowicz: O swoistem leczeniu zapalenia opon nagminnego.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.